

فرم انجام آزمایش

نام و نام خانوادگی: تاریخ: روز / ماه / سال سن: تلفن همراه: LMP: تاریخ: روز / ماه / سال	نام و نام خانوادگی: تاریخ: روز / ماه / سال سن: تلفن همراه: LMP: تاریخ: روز / ماه / سال	نام و نام خانوادگی: تاریخ: روز / ماه / سال سن: تلفن همراه: LMP: تاریخ: روز / ماه / سال
☐ HPV Genotyping ☐ HPV Screening	☐ پاپ اسمیر ☐ Pap Smear	☐ پاتولوژی ☐ Pathology
آیا مبتلا به زگیل هستید؟ در چه نواحی از بدن؟ از چه ناحیه ای نمونه گیری انجام شده است؟ آیا شریک جنسی شما مبتلا به زگیل است؟ مصرف دخانیات: مصرف الکل:	سقط، کورتاژ: دفعات حاملگی: تعداد فرزندان: آخرین زایمان و نوع آن: خونریزی غیر طبیعی: سابقه عفونت های مکرر زنان: جراحی ترمیمی دهانه رحم: خونریزی غیر طبیعی: عمل هیستریکتومی انجام داده اید؟ علت:	نوع نمونه: علت مراجعه: توضیحات پزشکی:

تهران، خیابان کریم خان زند، خیابان ایرانشهر، نرسیده به طالقانی، ساختمان ۱۵۰ - کدپستی: ۱۵۸۳۶۱۶۸۱۶

 @mana_lab_tehran
  www.manalab.ir
  ۰۹۳۳۴۴۵۴۵۱۸
  ۰۹۲۲۳۴۰۲۹۸۵
  ۰۲۱-(۸۸۸۲۰۸۳۳-۸۸۸۳۹۳۳۶)